

健康食品等に関する健康被害受付処理票

(別紙)

年 月 日

都道府県 (市・区)

食品の種類 (製品名)			届出年月日	年	月	日
包装形態			内容量			
消費期限又は 品質保持期限			保存状態			
製造者 (輸入者) の氏名及び住所	氏名					
	住所	電話 : () -				
販売者の氏名 及び住所	氏名					
	住所	電話 : () -				
届出者	健康被害を受けた者本人 ・ 健康被害を受けた者の家族 ・ 医療機関 ・ その他 ()					
届出の概要			健康被害を受けた者	歳 (男・女)		
(届出者等の説明)	製品の1日摂取量	1回当たり 個・粒、1日 回、計 個・粒/日				
	製品の摂取目的・期間					
<p>医師等に対して保健所が調査を行うことに関する本人の同意 (有・なし)</p> <p>当該製品の有無 (有・なし)、製品の入手方法 ()</p>						
医師の意見等	(主症状、他の医薬品等の摂取歴、診察・検査結果、治療経過、当該食品の摂取と主症状の因果関係の程度及びその判断理由を記載する。)					
医療機関	確認年月日	年 月 日				
	医療機関名					
	住所及び電話番号	電話 : () -				
製造者等の調査結果	(当該食品の販売量、販売経路、他の苦情事例の有無、医薬品成分の分析結果等を記載する。)					
<p>製造者等の調査の結果、同様の苦情の有無 : 有 ・ なし (有の場合は、その概要を添付すること)</p>						
措置・結論・意見等						